



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"**

Largo Francesco Vito, 1 – 00168 ROMA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E SUCCESSIVE  
INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. richiamato nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici conseguiti prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

• di aver conseguito il Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_/110 e \_\_\_\_\_ ;

• di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(compilare solo se l'abilitazione viene richiesta per l'accesso al master).

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.**